Original Article Open Access

Health Law Journal

2023; 1(1): e18

International ThinkTank of Human Dignity | The Bioethics and Health Law Institute | The Iranian Association of Medical Law

Necessity of Decriminal Labeling on Mental Patients and Family Facilitators, in the Criminal Policy Approach to "Social Emergency Service"

Mahdi Khaghani Esfahani[1]*, Reyhaneh Bateni[2]

1. Department of Law and Jurisprudence, The Institute for Research and Development in the Humanities (SAMT), Tehran, Iran.
2. Department of Women Studies (Women's Rights in Islam), University of Religions and Denominations, Qom, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Preservation of the human dignity of people suffering from mental disorders and their families requires that criminal policy measures, criminalization, criminalization and legal and administrative processes of social emergency services be modified. Among the necessary reforms are: Adjusting the judicial mechanism of going to the police station to file a complaint and then obtaining a court order and returning to the police station to submit the order to the police officer. These can be criticized in terms of contradicting the principle of speed and dignity in order to intervene in the crisis of tense behavior of mental patients.

Methods: This research is of a theoretical type, the research method is descriptive and analytical and the method of collecting information is library-based, referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: In all stages of writing the present research, while respecting the originality of the texts, honesty and trustworthiness have been observed.

Results: The social emergency dispatch treatment group includes a nurse, a worker, two human resources to control the patient if necessary and a rescue officer in uniform after the patient's family contacted the social emergency instead of sending an ambulance and a rescue vehicle to the place at the same time with a court order. be dispatched and transfer the person to the hospital in case of relapse of the disease, in addition to preserving the human dignity of the patient and his family, prevent the escalation of the danger to the life of the patient and those around him in sensitive situations of mental stress and physical bullying of the patient, and from the stigma of neuroticism and criminality on the patient and family to be prevented. Reduction of administrative-medical bureaucracy and making the chain of the next judicial process more agile are among other advantages of this proposed solution.

Conclusion: The current long process of transferring high-risk neuroses from home to treatment and care centers, from the perspective of the findings of clinical criminology, requires changing the transfer process and changing the actors in charge of the transfer. Otherwise, the victimization of the social emergency personnel and the patient's family will continue, and the relations between the welfare organization, the judiciary and NAJA in providing clinical-police services in this matter will continue to be confused.

Keywords: Mental Disorder; Criminal Policy; Social Emergency; Treatment Process; Treatment Group; Human Dignity

Corresponding Author: Amir Samavati Pirouz; **Email:** khaghani@samt.ac.ir

Received: September 09, 2023; **Accepted:** December 21, 2023; **Published Online:** February 20, 2024

Please cite this article as:

Khaghani Esfahani M, Bateni R. Necessity of Decriminal Labeling on Mental Patients and Family Facilitators, in the Criminal Policy Approach to "Social Emergency Service". Health Law Journal. 2023; 1(1): e18.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

This Open Access Article Distributed under the Terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0)

دسترسی آزاد | مقاله پژوهشی

مجله حقوق سلامت

دوره اول، شماره اول، ۱۴۰۲

ضرورت برچسب‌زداییِ مجرمانه از بیماران روانی و تسهیلگران خانوادگی، در رویکرد سیاست جنایی به اورژانس اجتماعی

مهدی خاقانی اصفهانی[1*]، ریحانه باطنی[2]

۱. گروه حقوق و فقه، پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)، تهران، ایران.

۲. گروه مطالعات زنان، دانشگاه ادیان و مذاهب، قم، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حفظ کرامت انسانی مبتلایان به اختلالات روانی و خانواده آن‌ها ایجاب می‌کند تدابیر سیاست جنایی، جرم‌انگاری، مجرم‌پنداری و روندهای قانونی و اداریِ خدمات اورژانس اجتماعی، اصلاح گردد، از جمله تعدیل سازوکار قضایی مراجعه به کلانتری برای طرح شکایت و پس از آن اخذ حکم قضایی دادگاه و مراجعه مجدد به کلانتری برای تسلیم حکم به مقام مسئول کلانتری، از حیث مغایرت با اصل سرعت و کرامت جهت مداخله در بحران رفتار متشنجِ بیماران روانی، محل تأمل و نقد است.

روش: در این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی ـ تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر، اصل امانتداری، صداقت، بی‌طرفی و اصالت اثر رعایت شده است.

یافته‌ها: گروه درمان اعزامی اورژانس اجتماعی شامل پرستار، مددکار، دو نفر نیروی انسانی برای کنترل بیمار در صورت لزوم و یک مأمور ناجا با لباس شخصی پس از تماس خانواده بیمار با اورژانس اجتماعی به جای اعزام همزمان آمبولانس و خودروی ناجا با داشتن حکم قضایی، به محل اعزام شوند و فرد را در شرایط عود بیماری به بیمارستان منتقل کنند تا علاوه بر حفظ کرامت انسانی بیمار و خانواده وی، مانع تشدید مخاطره جانیِ بیمار و اطرافیان وی در شرایط حساس تنش روانی و قلدری فیزیکیِ بیمار شوند و از انگ روان‌رنجوری و مجرمانگی بر بیمار و خانواده پیشگیری شود. کاهش بوروکراسی اداری ـ درمانی و چابک‌سازی زنجیره فرایند بعدیِ قضایی، از جمله دیگر محاسن این فرضیه راهکارمحورِ پیشنهادی است.

نتیجه‌گیری: روند طولانی کنونی برای انتقال روان‌رنجورانِ پرمخاطره از منزل به مراکز درمانی و مراقبتی، از منظر یافته‌های دانش جرم‌شناسی بالینی نیازمند تغییر فرایند انتقال و تغییر کنشگران متولی انتقال می‌باشد. در غیر این صورت، بزه‌دیدگیِ پرسنل اورژانس اجتماعی و خانواده بیمار، تداوم می‌یابد و روابط سازمان بهزیستی، قوه قضاییه و ناجا در ارائه خدمات بالینی ـ انتظامی در این مهم همچنان نامنقّح و مشوش خواهد بود.

واژگان کلیدی: اختلال روانی؛ سیاست جنایی؛ اورژانس اجتماعی؛ روند درمان؛ گروه درمان؛ کرامت انسانی

نویسنده مسئول: مهدی خاقانی اصفهانی؛ **پست الکترونیک:** khaghani@samt.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۱۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۹/۳۰؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Khaghani Esfahani M, Bateni R. Necessity of Decriminal Labeling on Mental Patients and Family Facilitators, in the Criminal Policy Approach to "Social Emergency Service". Health Law Journal. 2023; 1(1): e18.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

با پیشرفت روزافزون علم و فناوری، شاهد پیشرفت جوامع هستیم که در عین حال موجب بروز آسیب‌ها و مشکلاتی در سطح اجتماعی شده است و لازم است برای اینکه مردم به امنیت و آسایش نسبی بیشتر برسند، این مشکلات و آسیب‌ها حتی‌الامکان برطرف و کنترل شوند. از جمله این مشکلات نظام بوروکراتیک و نحوه مواجهه آن‌ها با آسیب‌های اجتماعی است. به دنبال افزایش آسیب‌های اجتماعی، یکی از مراکز خدمت‌رسان، اورژانس اجتماعی (Social Emergency) است.

اورژانس اجتماعی ایران، به عنوان و یکی از محورهای پیشنهادی رشته مددکاری اجتماعی بین‌المللی، جلوه‌ای از بومی‌سازی نسبی این نهاد جدید اجتماعی از نظام مددکاریِ برخی دیگر کشورها بوده است (۱). این مرکز خدماتی، توسط سازمان بهزیستی کشور تأسیس شد و ماهیت فرابخشی آسیب‌های اجتماعی دارد و با سازمان‌های مختلفی نظیر نیروی انتظامی ارتباط دارد. آیین‌نامه اورژانس اجتماعی در سال ۱۳۹۲ در دولت تصویب و در برنامه توسعه ششم گنجانده شد. نظام جامع ارجاع و مراقبت اورژانس‌های اجتماعی (SERS: Social Emergency Referral System) با همکاری ادارات مختلف استان‌ها، اداره تعاون، رفاه، کار و امور اجتماعی و سازمان‌های مختلفی نظیر بهزیستی، هلال احمر، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و شهرداری راه‌اندازی شد و هر سال افزایش پیدا کرد.

این مراکز با هدف خدمات فوری و تخصصی به گروه‌های آسیب‌دیده اجتماعی و یا در معرض آسیب به منظور جلوگیری از آسیب یا انحراف مجدد مشغول به کار هستند. مأموریت‌های این مرکز شامل مداخله در بحران خانوادگی (مرکز اورژانس اجتماعی)، خط تلفن (۱۲۳)، گروه سیار (خدمات سیار ون‌های بنفش که متخصصان آن در حال حاضر شامل مددکار اجتماعی و روان‌شناس هستند) و پایگاه‌های اورژانس اجتماعی (پایگاه ارائه خدمات اجتماعی) است (۲). برخی از وظایف این مرکز: شناسایی آسیب‌های اجتماعی، پیشگیری از جرم، مشاوره دائم به آسیب‌دیدگان برای جلوگیری از تجدید انحراف، مداخله تخصصی جهت جلوگیری از تشدید بحران، شناسایی کانون بحران، بحران‌زدایی و جلوگیری از ارجاع افراد به دستگاه‌های قضایی و زندان (۳) ذکر شده است و همانطور که از نام اورژانس اجتماعی مشخص است، این نهاد می‌بایست در زمان ضرورت و بحران به یاری آسیب‌دیدگان بپردازد، اما گروهی از افراد که عده‌ای از آنان نیز تحت پوشش بهزیستی هستند و از دسته‌ای هستند که نیاز به حمایت فردی و خانوادگی بیشتر هستند، نادیده گرفته شده‌اند. با اینکه بیش از دو دهه از شروع به کار اورژانس اجتماعی می‌گذرد، چالش‌هایی در رابطه با نهادهای انتظامی و قضایی مانع کیفیت مطلوب عملکرد اورژانس‌های اجتماعی می‌شود و با وجود این که ماهیت کار اورژانس اجتماعی دائرمدار اخذ مجوز از دادگاه نیست، اما وجود چنین مانعی موجب شده است که خانواده‌های آسیب‌دیدگان، با سختی مضاعفی برای گرفتن مجوز مواجه شوند و دایره عمل اورژانس اجتماعی کاهش یابد.

از آنجا که یکی از فعالیت‌های بهزیستی، حمایت از افراد در معرض آسیب است و افراد مبتلا به اختلال روانی یکی از زیرمجموعه‌های تحت حمایت بهزیستی می‌باشند، لازم است با توجه به پتانسیلی که سازمان بهزیستی در اختیار دارد، این دسته از افراد را نیز تحت حمایت قرار دهد و این در حالی است که در دستورالعمل اجرایی مرکز مداخله در بحران، افراد مبتلا به اختلال روانی مستثنا شده‌اند. با وجود اینکه هدف اورژانس اجتماعی، کاهش فاصله خانه و کلانتری و رسیدگی تخصصی به بزه‌های خانوادگی و اجتماعی است و اگرچه افراد مبتلا به اختلال روانی به گونه‌ای هستند که تقریباً همه انواع گروه‌های هدف مرتبط با اورژانس اجتماعی (کودکان آزاردیده، افراد تحت خشونت خانگی، همسران آزاردیده، متقاضیان طلاق، زنان آسیب‌دیده اجتماعی، فرار از خانه، اقدام‌کنندگان به خودکشی، سایر افرادی که در شرایط بحرانی قرار دارند) را شامل می‌شوند، اما این گروه تحت پوشش مجموعه اورژانس اجتماعی قرار ندارند.

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۲، از هر ۸ نفر در جهان، یک نفر با یکی از انواع اختلالات روانی زندگی می‌کند که اکثر افراد بدون مراجعه به روان‌پزشک در حال

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

گذران زندگی هستند و بیشتر این افراد در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شوند. در سال ۲۰۱۹ حدود ۹۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان با یک اختلال روانی زندگی می‌کنند (گزارش سازمان بهداشت جهانی از وضعیت اختلالات روانی، سال ۲۰۲۲ م.).

بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ـ DSM-5) اختلال روانی، سندرومی است که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: مختل‌شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار باشد. اختلالات روانی معمولاً با رنج یا معلولیت قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیت‌های مهم همراه هستند. پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به یک عامل استرس‌زا یا یک فقدان معمولی (مثلاً مرگ یکی از عزیزان)، رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی انحراف‌آمیز تلقی می‌شوند (مثلاً رفتارهای انحرافی سیاسی، مذهبی یا جنسی) و مناقشاتی که عمدتاً بین فرد و جامعه وجود دارد، اختلال روانی نیستند.

به طور کلی در یک تقسیم‌بندی عمده، اختلالات روانی به دو گروه تمایز داده می‌شوند: ۱ـ نوروز (روان‌نژندی)؛ ۲ـ پسیکوز (روان‌پریشی). روان‌نژندی‌ها مشخصه‌های اضطراب، ناخشنودی و ناسازگاری دارند که به خاطر شدت کمتر، نیازی به بستری‌شدن نداشته و به فعالیت خود، ولو نه با تمام توان، ادامه می‌دهند. در روان‌پریشی‌ها، رفتار و فرآیند فکری دارای اختلال جدی شده و واقعیت‌سنجی ندارند، بنابراین به دلیل عدم توانایی رفع نیازهای روزمره، اغلب می‌بایست بستری شوند (۴). دسته سایکوز، گروه مد نظر پژوهش حاضر هستند.

بنابراین افراد مبتلا به اختلال روانی و روند درمان آنان، یکی از مسائلی است که به دلیل نبود سازوکار لازم و در عین حال وجود نظام اداری پیچیده وقت‌گیر برای ارجاع بیمار در شرایط عود بیماری به مرکز درمانی، تبدیل به معضلی برای خانواده‌های این بیماران شده است، لذا هر اندازه بتوان چاره‌اندیشی کرد تا روند اداری کوتاه‌تر شود، این خانواده‌ها با سختی کمتری مواجه می‌شوند. یکی از راهکارها، استفاده از ظرفیت اورژانس‌های اجتماعی است که در حال حاضر در جامعه جاافتاده است و نیاز به راه‌اندازی سازوکار جدید را کاهش می‌دهد. پژوهشگران در این پژوهش بر آن‌اند با روش توصیفی ـ تحلیلی و کتابخانه‌ای، از طریق تدابیر نرم سیاست جنایی هم به حفظ کرامت انسانی افراد مبتلا به اختلال روانی و خانواده آن‌ها در شرایط عود بیماری کمک کنند و هم چهره فرد مبتلا به اختلال روانی را از مجرم‌انگاری آنان پاک سازند و هم خلأ قانونی و عملکردی ارجاع فرد مبتلا به اختلال روانی در زمان عود بیماری برای درمان را برطرف کنند. بهترین راهکار از طریق ایجاد شاخه‌ای در ساختار اورژانس اجتماعی و در شاخه خدمات سیار این مرکز است که پس از تماس با ۱۲۳، با اعزام گروه تخصصی به محل سکونت بیمار سریع، تخصصی و بدون تحمیل برچسب (داغ ننگ یا استیگما یا برچسب‌زنی: منظور از داغ ننگ، مخالفت شدید با یک فرد به خاطر یک ویژگی مثلاً اختلال روانی ـ پزشکی که شرایط برچسب‌زنی به یک فرد را به دنبال دارد و این موضوع دارای ارزشگذاری منفی است) برای فرد مبتلا به اختلال روانی و خانواده وی، بیمار را برای مداوا به نزدیک‌ترین مرکز درمانی روان‌پزشکی برسانند.

در حوزه اورژانس اجتماعی از آنجا که اورژانس‌های اجتماعی در کشورهای دیگر سازوکار مشابه این نهاد در ایران را ندارند، به پژوهش‌های خارجی پرداخته نشده است. در داخل ایران نیز در خصوص خدمات اورژانس اجتماعی به افراد مبتلا به اختلال روانی، تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است و آنچه توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، ناظر به افرادی است که به این مراکز مراجعه کرده و یا ارجاع داده شده‌اند. در این پژوهش، اگرچه پژوهشگران نیز پس از مصاحبه با یکی از بستگان درجه یک افراد مبتلا به اختلال روانی، نقش مؤثری که اورژانس‌های اجتماعی می‌توانند به این دسته ارائه دهند، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پژوهش مرادیان و همکاران (۱۴۰۱ ش.) تحت عنوان «بررسی و مقایسه شاخص‌های اعزام آمبولانس در اورژانس‌های روان‌پزشکی مددجویان تماس‌گیرنده با اورژانس ۱۱۵ شیراز

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

سال ۱۳۹۸ و ۱۴۰۰» به این نتیجه رسیده که ۵ درصد تماس‌گیرندگان مربوط به خدمات روان‌پزشکی بوده‌اند که این آمار نسبت به ۱۳۹۸، ۱۳ درصد افزایش پیدا کرده است، ولی اعزام این مددجویان به بیمارستان ۰/۱ درصد کاهش پیداکرده است. این یافته‌ها نشان از آن دارد که افراد مبتلا به اختلال روانی جهت انتقال به بیمارستان با موانع حکم قضایی و حضور همزمان نیروی انتظامی در محل مواجه هستند، لذا علیرغم افزایش تعداد تماس‌گیرندگان با اورژانس، تعداد افرادی که به بیمارستان منتقل شده‌اند، کمتر است (۵). کتاب «اورژانس اجتماعی در ایران از ایده تا عمل» (۱۴۰۰ ش.) و مقاله «اورژانس اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از وقوع جرم» (۱۳۸۹ ش.) نوشته سیدحسن موسوی چلک از دیگر پژوهش‌هایی هستند که در حوزه اورژانس اجتماعی و نحوه شکل‌گیری و اهداف وظایف و شاکله اورژانس اجتماعی نوشته شده است. موسوی چلک بنیانگذار اورژانس اجتماعی در ایران است و سال‌ها ریاست این مجموعه را به عهده داشته است و در جایگاه‌های مختلف برای رشد و پیشرفت این مرکز خدمت‌رسانی تلاش‌های بسیار نموده است. مقاله تبریزی و همکاران (۱۳۹۸ ش.) با نام «ارزیابی عملکرد نظام ارجاع اورژانس اجتماعی در شهرستان تبریز»، از دیگر پژوهش‌هایی است که به بررسی اورژانس اجتماعی تبریز پرداختند و نتایج نشان دادند که این مرکز خدمت‌رسانی عملکرد مطلوبی داشته است، ولی باید غربالگری مددجویان و مراجعین ادامه پیدا کند تا بتوان خدمات بهتری به مراجعین ارائه داد و از نقاط ضعف آن مهارت ناکافی مراقبین سلامت و همکاری ناقص سازمان‌ها، ابهام در وظایف کادر خدماتی، هزینه بالای برخی خدمات حمایتی است. رادبه و مهاجر (۱۴۰۰) در مقاله «بررسی فضای اورژانس بیمارستان‌های روان‌پزشکی در مقایسه با فضای اورژانس بیمارستان جنرال و تروما» به بررسی فضاهای اورژانس‌های مختلف پرداخته‌اند و با توجه به اینکه مراجعین روان، دارای شرایط ویژه هستند، قائل به فضاسازی‌های امن برای بیمارستان‌های روان‌پزشکی نسبت به بیمارستان‌های عمومی هستند، از جمله این فضاهاسازی‌ها: قراردادن درهای فرار جهت کارکنان درمان، قراردادن فضاهای ایزوله مانند اتاق تایم اوت، فیکس و اتاق دود در فضای تحت نظر اورژانس هستند.

مقاله «بررسی چالش‌ها و موانع طرح اورژانس اجتماعی مورد مطالعه: طرح اورژانس اجتماعی شهرستان تهران» نوشته اردشیر ولی بهرامی (۱۳۹۵ ش.) می‌باشد که در آن نویسندگان به بررسی مهم‌ترین چالش‌ها و موانع موجود اورژانس اجتماعی پرداخته‌اند، از جمله موانع به دست‌آمده: عدم اطلاع‌رسانی شفاف و کامل به جامعه، آگاهی‌نداشتن جامعه از اهداف اورژانس اجتماعی، عدم همکاری با کارشناسان طرح، عدم برنامه‌ریزی علمی و بررسی مشکلات، فقدان برنامه برای درمان فرد آزاردهنده به ویژه اعتیاد، کودک‌آزاری، همسرآزاری و اختلالات روانی و ضعف تعاملات بین نهادی هستند.

مقاله حاضر، در به روش تحلیل انتقادی منابع کتابخانه‌ای و شواهد عینی، در چارچوب جرم‌شناسی بالینی و انتقادی و سیاست جنایی، ایجاد سازوکارهای متناسب با وضعیت بیماران روانی و خانواده‌های آنان را کمک زیادی در جهت ایجاد آرامش برای افراد مبتلا به اختلال روانی، خانواده بیماران و همسایگان و اطرافیان آنان از منظر بالینی و کاهش خطر بزه‌دیدگی و بزه‌کاری بیماران روانی دانسته و با پیشنهاد کاهش بوروکراسی اداری ـ قضاییِ ناظر به فرایند انتقال بیماران روانیِ متشنج و حمله‌گر به مراکز درمانی (کاهش بوروکراسی فرایند کسب دستور قضایی و ابلاغ به کلانتری و...)، راهکاری برای چابک‌سازی عملکرد اورژانس اجتماعی در مداخله فوری در بحران رفتارهای غیر قابل کنترل و آسیب‌زای این بیماران غیر مقصر و نامسئول جزایی ارائه می‌دهد و از این رهگذر به ارتقای عملکرد سازمان بهزیستی کشور مدد می‌رساند.

روش

این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی ـ تحلیلی است و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

یافته‌ها

افراد مبتلا به اختلال روانی طیفی از جامعه را شامل می‌شوند که هم نمی‌توان از آنان چشم‌پوشی کرد و از طرف دیگر به جهت اختلالاتی که در این افراد به وجود می‌آید، با افراد عادی جامعه متفاوت هستند و این تفاوت به گونه‌ای است که موجب می‌شود قوانین خاصی به این افراد اختصاص پیدا کند، لذا بیان مطالب کوتاهی از تاریخچه اختلالات روانی و طبقه‌بندی این افراد به روند پژوهش کمک می‌کند، چراکه دامنه این افراد بسیار وسیع است و آنچه در قانون مشاهده می‌شود به صورت کلی از آنان نام برده شده است و تنها دو دسته‌بندی از این افراد مد نظر قانونگذار قرار گرفته شده است (جنون ادواری و دائم) و در عین حال توجه حمایتی به خانواده این بیماران دیده نمی‌شود.

در گذشته‌های دور رفتارهای نابهنجار افراد به ارواح شیطانی نسبت داده می‌شد و شواهدی از جن‌گیری و همچنین سوراخ‌کردن جمجمه افراد به منظور فراری‌دادن ارواح خبیث وجود دارد، لذا نظریه‌های اولیه در خصوص افراد مبتلا به اختلال روانی در یونان قدیم شکل گرفت. افلاطون در قرن چهارم قبل از میلاد بین جنون طبیعی و جنونی که موهبت الهی محسوب می‌شود، تمایز قائل شد و قائل به این بود که اختلال روانی باید در خانواده برطرف شود. به دنبال آن معابدی به منزله آسایشگاه بیماران روانی در نظر گرفته شد. به دنبال آن حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد، بقراط مداخله خدایان و دیوها و ارواح را در ایجاد بیماری‌ها رد کرد و علل طبیعی را از موجبات ایجاد بیماری‌ها دانست و پنج شکل جنون را شناسایی کرد (هیستری، اختلال روانی مزمن، اختلال روانی حاد با تب یا بدون تب، صرع) که همه آن‌ها درمان‌پذیر بودند و از دید او چنانچه اخلاط بدن کنترل شوند، مشکلات روانی نیز برطرف می‌شوند و روش‌هایی مانند استراحت، حمام‌کردن و رژیم‌های غذایی خاص تجویز کرد. وی بر این اساس چهار طبع صفراوی، سوداوی، بلغمی و دموی را علت بروز رفتارهای خاص می‌داند (۶). پس از وی در قرن دوم میلادی جالینوس به کالبدشناسی این افراد پرداخت و ابراز داشت که ریشه رفتارهای نابهنجار ممکن است روان‌شناختی باشد.

در قرون وسطی مجدد اعتقاد به وجود دیو در اروپا شدت گرفت و اعتقاد به ارواح شیطانی مجدد در عقاید مسیحیان رواج پیدا کرد. جدال بین دو دیدگاه نسبت به اختلال روانی به عنوان بیماری یا تسخیرشدن توسط ارواح شیطانی همیشه وجود داشته است (۵). آگوستین قدیس (Saint Augustinus) با وارسی افکار و احساسات از طریق درون‌نگری، بسیاری از تعارضات درونی انسان را بررسی کرد و از پیشگامان مکتب روان تحلیلگری شد. در این دوره مکان‌های امنی برای اشخاص مبتلا به وجود آمد (۱۴۰۳ بیمارستان بثلم، در ۱۴۰۸ در اسپانیا و ۱۶۳۹ در آمریکای شمالی و در ۱۶۵۷ در فرانسه بیمارستان‌هایی ساخته شد) و سازمان تفتیش عقاید در ۱۴۸۴ میلادی تأسیس شد.

در قرن هفدهم اسپینوزا (Spinoza) رویکردهای جدیدی را در حوزه روان‌شناسی و فیزیولوژی مطرح کرد و به فرایندهای ذهنی و روان‌شناختی اهمیت داد. در عصر خردگرایی دانش افزایش یافت و در اوایل سده هجده، دیوانگی نوعی بیماری تلقی شد و به دنبال تصویب قوانین خاص برای این گروه، دیوانگان در تیمارستان‌ها نگهداری می‌شدند، اما کم‌کم رویکردهای مذهبی و طبی جای خود را رویکرد اخلاقی داد و برای افرادی که مبتلا به جنون بودند، موعظه‌های اخلاقی برای آگاهی نسبت به خطاهایش در نظر گرفته می‌شد (دهه ۱۷۸۰ م.)، به دنبال کاردرمانی برای این افراد در تیمارستان‌ها شیوع پیدا کرد و قانون دیوانگان در ۱۸۵۶ تصویب شد، اما بین سال‌های ۱۸۶۰ تا ۱۹۰۰ دیدگاه طبی مجدد چیره شد و اولین کتاب روان‌پزشکی در ۱۸۸۵ توسط کرپلین (Kraepelin) منتشر شد. در اوایل قرن نوزدهم پیشرفت‌هایی در زمینه عصب‌شناسی و فیزیولوژی به وجود آمد و عصب‌شناسی به نام مارتین شارکو (Martin Charcot) از روش هیپنوتیزم برای درمان بیماران استفاده کرد. پس از آن فروید (Freud) وارد عمل شد و ابتدا مدتی به روش هیپنوتیزم بیماران را درمان می‌کرد و سپس روش خود را کنار گذاشت و

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

روان تحلیلگری یا روان‌کاوی را ابداع کرد و روش تداعی آزاد را پیش گرفت.

بعد از جنگ جهانی دوم با پیدایش داروهای آرام‌بخش رو به کاهش نهاد و انقلاب بزرگی در این زمینه ایجاد شد. از دهه ۱۹۵۰ به بعد سازمان جهانی بهداشت عنوان «اختلال روانی» را جایگزین «بیمار روانی» کرد و به دنبال آن نگهداری بیماران در بیمارستان بسیار کاهش پیدا کرد و در ۱۹۹۳ هالجین ویتبرن (Haljin Whitburn) برای رفتارهای نابهنجار سه تبیین «اسطوره‌ای، علمی و بشردوستانه» را مطرح کردند که دیدگاه اسطوره‌ای آن را به تسخیرشدن توسط ارواح پیوند می‌زند و دیدگاه علمی، آن را به عوامل زیستی و ژن‌های معیوب و دیدگاه بشردوستانه، این اختلال را به شرایط اجتماعی نسبت داد، به این ترتیب در اواخر نوزدهم رویکردهای رفتاری، شناختی و انسان‌گرایانه بنا نهاده شدند.

بر همین اساس رویکردهایی در خصوص اختلالات روانی به دست آمد و سبب‌شناسی اختلالات روانی بر اساس سه رویکرد زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی ـ فرهنگی تبیین می‌گردد و دیدگاه‌های کلانی که در فهم علل اختلالات روانی به متخصصان کمک می‌کند، مشتمل بر دیدگاه روانکاوی، رفتاری، شناختی و فرهنگی است.

۱. دیدگاه روانکاوی: این رویکرد فرد را دارای فکر، احساس، خواسته و خاطره‌های ناخودآگاه می‌داند و هدف آگاهی فرد نسبت به ناخودآگاه خود و رهایی از تجربه‌ها و احساسات سرکوب‌شده‌اش است. فرض این رویکرد این است که تعارض‌ها و هیجان‌های فرد به بخش خودآگاه برگردانده شوند و اختلال برطرف شود. تعارض‌ها نیز معمولاً از دوره کودکی نشأت می‌گیرد.

۲. دیدگاه رفتاری: این رویکرد محیط و محرک‌های بیرونی را بر وضعیت روانی و رشد فرد تأثیرگذار می‌داند و به بررسی نحوه شرطی‌شدن ترس با موقعیت‌های مشخص و نقش تقویت در رفتارهای نامناسب می‌پردازد، از جمله این افراد پاولف (Pavlov)، اسکینر (Skinner) و واتسون (Watson) می‌باشند.

۳. دیدگاه شناختی: این رویکرد دیدگاه‌ها و رفتارهای فرد بر اساس دانش و تجربیات گذشته را ملاک قرار می‌دهد و ذهن فرد را پردازشگر می‌داند و اراده فرد را برای انتخاب گزینه‌های فعلی و آینده آزاد می‌داند و روانکاوی را نمی‌پذیرد. این رویکرد برخی اختلال‌ها را براثر نقص فرایندهای شناختی فرد می‌داند و به جای تکیه بر انگیزه و هیجان و یا تعارض‌های نهفته و پنهان، فرایندهای ذهنی آگاهانه را مد نظر قرار می‌دهد.

۴. دیدگاه فرهنگی: این رویکرد، اختلالات روانی را در بافتار اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند، بررسی می‌کند که می‌تواند به فشارهای روانی تداخل‌کننده در نظیر تبعیض اشاره نماید. همچنین این رویکرد به تأثیر فرهنگ بر استعداد ابتلا به اختلالات روانی در افراد توجه دارد.

رویکرد دیگری که می‌توان به موارد فوق اضافه نمود، دیدگاه انسان‌گرایانه یا پدیدارشناختی است که در این رویکرد که تمایلات و ارزش‌های انسان در درجه اول قرار دارد؛ مفاهیمی مانند گرایش به خودشکوفایی، آزادی و مسئولیت است که فرد پس از برطرف‌کردن نیازهای ابتدایی مانند تشنگی و گرسنگی و امنیت که دنبال نیازهای بالاتر و متعالی می‌رود و موجب خودشکوفایی وی می‌شود. این رویکرد نگاه خوش‌بینانه به انسان دارد و او را موجودی خلاق و فعال و در حال رشد می‌بیند (۷).

بر اساس دیدگاه دیگری، رویکردهای زیست‌شناختی ـ پزشکی، روان‌پویشی، رفتاری، شناختی، ساختارگرایی اجتماعی، انسان‌گرا، تکاملی، الگوی نظام خانواده، رویکرد اجتماعی ـ فرهنگی، رویکرد فمینیستی و رویکرد التقاطی برای این اختلالات در نظر گرفته شده است و می‌توان چنین اظهار داشت که همان دسته‌بندی پیش است که چند رویکرد به آن اضافه شده است و به همین دلیل به صورت مختصر اشاره می‌شود.

«حقوق سلامت (Health Law)»، رشته‌ای نسبتاً جدید است که گستردگی و اهمیت حیاتی آن از جهاتی بیش از حقوق پزشکی بوده و ریشه در حقوق اساسی بشر «حق سلامت (Right to Health)» دارد، توجه به آن و ابعاد حیاتی آن

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

نظیر سلامت زیست‌محیطی برای رشد و توسعه پایدار ضروری است. حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معنا است که «هر کسی حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست پاکیزه را دربر می‌گیرد» (۸).

اهمیت این موضوع بر کسی پوشیده نیست که حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر از مقوله‌های مهم برای شهروندان و جامعه محسوب می‌شود. پژوهش «حقوق سلامت عمومی» می‌تواند به شناختی بهتر و فراگیرتر از یکی از مهم‌ترین حقوق بشر یاری رسانده و در آگاهی بیشتر از گستره حق و مصادیق آن سودمند باشد. در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی (رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود هرگونه بیماری و ناتوانی) تعریف شده است، همچنانکه لذت‌بردن از بالاترین استانداردهای سلامتی قابل دسترسی، یکی از بنیادی‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظرگرفتن تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاسی یا شرایط اقتصادی و اجتماعی می‌باشد. در اعلامیه جهانی حقوق بشر، همچنین سلامتی به عنوان جزئی از حقِ داشتنِ استاندارد مناسبی از زندگی و در پیمان بین‌المللی حقوق فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مصوب ۱۹۶۶، حق بر سلامت را به رسمیت شناخته است.

امروزه حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل پزشکی به عنوان شاخه جدیدی از رشته‌ای حقوقی، یکی از مؤلفه‌های اساسی است که مورد اهتمام دولت‌ها است و در سال‌های اخیر توجه رو به افزایشی نسبت به حق برخورداری از بالاترین استانداردِ قابل دستیابی سلامتی و چگونگی حمایت از حق بر سلامت در اعلامیه‌ها و مجامع بین‌المللی شده است. نخستین‌بار در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، دولت‌ها متعهد به ارائه و ترویج راه حل‌هایی برای حل مشکلات مربوط به این حق شده‌اند. انعکاس بعدی این حق در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مندرج است که سلامتی را نه صرفاً به معنای فقدان بیماری و ناتوانی، بلکه در مفهوم کامل سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی قلمداد کرده است و هدف سازمان مزبور را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد بشر تا بالاترین حدِ ممکن تلقی کرده است.

در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، برخورداری از سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی، از جمله حقوق اساسی بشر تلقی شده، جامع‌ترین و صریح‌ترین بیان از حق بر سلامت در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. بر اساس این ماده، کشورهای طرف میثاق، حق هر کسی را به تمتع از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسد و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل حق بر سلامت اتخاذ کنند را بیان می‌دارد. در ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر نیز حق دسترسی به بالاترین استاندارد قابل حصول در بهداشت تن و روان، مورد تأکید قرار گرفته است. اصل ۱۲ پیمان‌نامه رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان و اصل ۲۴ و ۲۵ پیمان‌نامه حقوق کودک نیز به این حق اشاره کرده است. اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۳ میثاق مزبور، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد. در ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر نیز حق دسترسی به بالاترین استاندارد قابل حصول در بهداشت تن و روان مورد تأکید قرار گرفته است. اصل ۱۲ پیمان‌نامه رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان و اصل ۲۴ و ۲۵ پیمان‌نامه حقوق کودک نیز به این حق اشاره کرده است. دومین انعکاس حق بر سلامت در قوانین ایران، سند چشم‌انداز بیست‌ساله است که ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی، به ذکر موارد مربوط به بخش سلامت می‌پردازد.

با اینکه «حق بر سلامت» کاربرد وسیع‌تری دارد، تعابیری چون «حق بر مراقبت بهداشتی (Riths to Health Care)»، «حق بر مراقبت پزشکی (Riths to Medical Care)» و «حق بر حمایت از سلامتی» هم مورد استفاده قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد تعبیر حق بر سلامتی مبتلا به نارسایی است، چه اینکه برداشت متعارف از آن، حق بر مریض‌نشدن، ناتوان و پیرنشدن و امثال آن نیست و مفهومی بسیار گسترده‌تر از حق

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

بر مراقبت پزشکی و مراقبت سلامتی و حتی حمایت از سلامتی دارد. به دلیل همین، کاربرد عمومی‌تری به ویژه در سطح بین‌المللی یافته است. به بیان دیگر، تعبیر حق بر سلامتی، عبارت کوتاه‌شده‌ای است که محتوای وسیع‌تر از اصطلاحاتِ یادشده دارد و از این جهت بر آنان ترجیح دارد.

در مورد تنوع ابعاد و حوزه‌های مربوط به سلامتی و حقوقِ معطوف به آن باید در نظر داشت عامل دیگری که به دشواری تعریف حق بر سلامتی می‌افزاید، وجود ابعاد گوناگون برای سلامتی و حوزه‌های متنوعی است که به سلامتی مرتبط می‌گردند. حق بر سلامت، به دیگر سخن، شامل حق برخورداری از تنوعی از تسهیلات، کالاها، خدمات و شرایط ضروری برای تحقق سلامت است. حق‌های مرتبط با سلامت شامل موارد زیر است: حق بر حیات، غذا، مسکن، شغل، آموزش، کرامت انسانی، عدم تبعیض، برابری، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و گستره وسیعی از حق‌های متنوع دیگر. حق بر سلامت را باید همچنین شامل حق بر بهره‌مندی از تسهیلات، کالاها، خدمات و شرایط متنوع ضروری برای تحقق بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی دانست. حق بر سلامت، از جمله موضوعات مورد مطالعه در حقوق بشر و حقوق بین‌الملل است که به عنوان یک حق ذاتی، غیر قابل اسقاط بوده و اعطاکردنی و عدول‌پذیر نیست. این حق در اصل ۲۹ اساسی جمهوری اسلامی ایران به رسمیت شناخته شده و در قوانین موضوعه نیز مورد تأکید قرار گرفته است.

بحث

۱. سیر سیاست جنایی تقنینی در مهار مخاطرات بیماران

روان‌رنجور: فرد مبتلا به اختلال روانی می‌تواند بزه‌کار یا بزه‌دیده تلقی شود و چنانچه مرتکب جرم شود، مجرم ولی غیر مسئول در نظر گرفته می‌شود، لذا در خصوص قوانین کیفری و حمایتی از افراد مبتلا به اختلال روانی مواد قانونی وجود دارد. پیش از برشمردن مواد قانونی، لازم به توضیح است که در اکثر موارد، به جای فرد مبتلا به اختلال روانی از مجنون استفاده شده است (۱۴). برخی از موارد به شرح ذیل است:

مواد ۵۱ و ۵۲ قانون منسوخ مجازات اسلامی ۱۳۷۰، مواد ۱ و ۴ قانون منسوخ اقدامات تأمینی ۱۳۳۹ در خصوص مجنون مطالبی را ذکر کرده بودند. در قانون مدنی نیز در خصوص افراد مبتلا به اختلال روانی تحت عنوان مجنون در ماده‌های ۱۲۰۷ و ۱۲۱۱، محجوربودن مجنون، ماده ۱۲۱۳ تصرف مال در حالت جنون، ماده ۱۲۱۶ در خصوص محجوربودن مجنون می‌باشد. ماده ۹۵ قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری مصوب ۱۳۷۸ از مراکز نگهداری و درمان مجانین سخن گفته بود، ماده ۲۸۹ آن در خصوص جنون بعد از صدور حکم و ماده ۲۹۱ آن در خصوص طی‌کردن دوران محکومیت مجنون قانونگذاری شده بود. همانطور که از متن این قوانین برمی‌آید، در خصوص شخص بیمار روانی و ایجاد تسهیلات برای این افراد در این قوانین تدابیری اندیشیده نشده است و این افراد تحت عنوان مجنون شناخته می‌شوند و این در حالی است که اختلالات روانی دامنه بسیار وسیعی را شامل می‌شود.

از جمله آیین‌نامه‌های اجرایی در خصوص این افراد، «آیین‌نامه اجرایی جزء ۵ بند «الف» قانون سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران» می‌باشد که در ۵ اردیبهشت ۱۳۸۰ در هیأت‌وزیران به تصویب رسید که شامل ۱۷ ماده است که در آن به تعریف بیمار روانی مزمن، نحوه تشخیص بیماری، ساماندهی این بیماران، نهادهای متصدی حمایت از این افراد وظایف هر بخش، تأمین اعتبارات و بیمه و درمان، بیمارستان‌های مختص این افراد و سختی کار کادر درمان مرتبط با این بیماران پرداخته است، اما در خصوص نحوه ارجاع و جزئیات مربوط به این گروه مطلبی نیست.

در قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ در تبصره ۲ ماده ۱۳ در خصوص تعقیب کیفری مجنون، ماده ۶۶ و تبصره آن، که در سال ۱۳۹۴ اصلاح شدند، در خصوص اعلام جرم سازمان‌های مردم‌نهاد، ماده ۷۱ مربوط به شکایت شاکی زمانی که بزه‌دیده مجنون یا طفل باشد، مواد ۲۰۲ و ۳۷۰ در خصوص اتهام مجنون و در ماده ۵۰۲ در خصوص مجازات مجنون می‌باشد (قانون آیین دادرسی کیفری، مصوب ۱۳۹۲ ش.). بر اساس قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در ماده ۱۵۰ در خصوص ارتکاب

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

جرم در حالت جنون، در ماده ۱۴۹ اختلال روان داشتن در زمان ارتکاب جرم و ماده ۳۰۵ قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲) در خصوص مرتکب جنایت عمدی نسبت به مجنون توضیح داده است. در این مواد قانونی نیز در خصوص جرائم مجانین و مسئولیت کیفری این اشخاص سخن به میان آورده شده است.

آنچه در قانون آیین دادرسی کیفری وجود دارد که نگاه جرم‌انگارانه به افراد مبتلا به اختلال روانی کرده است، ماده ۴۸۹ این قانون است که وظایف قاضی اجرای احکام کیفری را برمی‌شمرد و در آن تصمیم‌گیری در خصوص مبتلایان به بیماری روانی را منوط به قاضی این بخش کرده است، اگرچه در ماده مزبور مطلبی در خصوص نگاه جرم‌انگارانه به این افراد به صراحت عنوان نشده است، اما زمانی که سازوکار انتقال افراد مبتلا به اختلال روانی به بیمارستان مد نظر قرار می‌گیرد، مشاهده می‌شود که خانواده مبتلایان این بیماری نمی‌توانند مستقیم با اورژانس تماس گرفته و درخواست انتقال بیمار به بیمارستان را نمایند و در این مواقع مجوز قاضی به صورت حکم جلب ضروری است.

از دیگر موارد «دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توان‌بخشی و درمانی بیماران مزمن (غیر دولتی روزانه آموزشی و توان‌بخشی بیماران مزمن)» می‌باشد که توسط سازمان بهزیستی کشور ابلاغ شده است که بخشی از آن تحت عنوان «دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توان‌بخشی و درمانی بیماران روانی مزمن (غیر دولتی روزانه آموزشی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن)»، در سال ۱۳۹۶ با ۹ ماده مختص افراد مبتلا به اختلال روانی است و در آن بیمار روانی مزمن (ماده ۱: به بیماری اطلاق می‌شود که علائم بالینی و رفتاری مشخص بیماری روانی وی به مدت حداقل ۶ سال در فرد قابل تشخیص بوده و یا بیمار به دلیل بیماری روانی سابقه بستری‌شدن در بیمارستان به مدت بیش از یک بار در طی دو سال گذشته را داشته و در حال حاضر نیز از نظر عملکرد اجتماعی و شغلی و یا هر دو دچار مشکل باشد. این نوع بیماری‌ها شامل اسکیزوفرنی، اختلالت خلقی، عاطفی و مانند آن‌ها بوده و مالک تشخیص آن‌ها آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (در زمان تنظیم این دستورالعمل نسخه DSM-5 و دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ICD-18) می‌باشند. تشخیص مزمن‌بودن اختلال و یا وجود افت کلی عملکرد، با روان‌پزشک معالج (با توجه به سوابق پزشکی، معاینه و آزمون‌های انجام‌شده (و تأیید کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و تعیین شدت معلولیت) با حضور حداقل یک نفر روان‌پزشک) می‌باشد)، شرایط محل نگهداری، نحوه پذیرش، شرایط مکانی، وظایف کادر درمان این مراکز را توضیح داده است.

از دیگر قوانینی که می‌توان افراد مبتلا به اختلال روانی را نیز به واسطه تعریفی که از معلول در آن قانون ارائه شده است، «قانون حمایت از معلولان» در ده فصل و ۳۴ ماده می‌باشد که در سال ۱۳۹۷ تصویب شد. این قانون نیز پس از تعریف معلول، به وظایف نهادهای مختلف مرتبط با معلولان پرداخته است و به خدمات بهداشتی، درمانی، توان‌بخشی، ورزشی، هنری، آموزشی، کار و اشتغال، مسکن، حمایت‌های قضایی و مالیاتی، اداری و استخدامی معلولان در حالت کلی اشاره‌کرده است، ولی در خصوص افراد مبتلا به اختلال روانی به صورت مجزا مطلب خاصی نیامده است و تنها بر اساس تعریف معلول در ماده ۱ (شخصی است که با تأکید کمیسیون پزشکی ـ توان‌بخشی تعیین نوع و تعیین شدت معلولیت سازمان بهزیستی کشور با انواع معلولیت‌ها در اثر اختلال و آسیب جسمی، حسی، ذهنی، روانی و یا توأم با محدودیت قابل توجه و مستمر در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت اجتماعی مواجه می‌باشند)، می‌توان موارد مربوط به معلولان را به این گروه در پرتو موازین حمایت از توان‌خواهان در قانون حمایت از معلولان نیز تعمیم داد.

«آیین‌نامه اجرایی نحوه نگهداری و درمان مجانین» که در ۲ اردیبهشت ۱۳۹۸ با ۱۲ ماده، توسط قوه قضاییه تصویب شد نیز در خصوص نگهداری افراد مبتلا به اختلال روانی در بیمارستان و مراکز درمانی است. همان‌گونه که در این آیین‌نامه مشاهده می‌شود، نگاه جرم‌انگارانه به این بیماران

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

وجود دارد. همچنین در مواد ۵ الی ۹ این آیین‌نامه نیز در خصوص اعزام افراد مبتلا به اختلال روانی به مراکز نگهداری و توان‌بخشی است که باید تحت نظر دادستان و به عهده ضابطان دادگستری باشد که نمی‌توان چنین عنوان کرد که نگاه حمایتی برای این بیماران مد نظر قرار گرفته است، بلکه نگاه جرم‌انگارانه بیشتر جلب توجه می‌کند. در نهایت لایحه غیر جامع و ایراددارای تحت عنوان «لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی» با ۳۸ ماده که با نگاهی مجرم‌انگارانه توسط هیأت دولت تهیه و تصویب شده است و در سال ۱۳۹۹ تحویل مجلس شورای اسلامی شده است که در آن هیچ تدابیری برای ارجاع فرد مبتلا به اختلال روانی به بیمارستان به گونه‌ای که کرامت انسانی او رعایت شود، قید نشده است. در ماده ۴ این آیین‌نامه نیز همان نگاه جرم‌انگارانه به افراد مبتلا به اختلال روانی مشهود است. در این ماده آمده است: «شروع فرایند بستری ضروری به یکی از شیوه‌های ارجاع فرد توسط روان‌پزشک یا دستور مرجع قضایی یا روش مندرج در ماده ۸ این قانون صورت می‌گیرد»، یعنی ارجاع افراد مبتلا به اختلال روانی به بیمارستان یا به صورت خود ارجاعی صورت می‌گیرد که بیمار در حالتی است که با اختیار به بیمارستان مراجعه می‌کند و بستری می‌شود و چنانچه بیمار در زمان عود بیماری، برای رفتن به بیمارستان همکاری لازم را نداشته باشد، می‌بایست از طریق شکایت ولی بیمار و حکم قاضی، سازوکار ارجاع وی به بیمارستان فراهم شود.

این روند به روشنی در ماده ۶ آیین‌نامه مذکور آمده است و در ماده ۱۴ آن، در خصوص ترخیص بیماری که مشمول ماده ۶ است، ضوابطی مقرر شده است. در ماده ۷ و ۸ قانون مزبور نیز بستری بیمار ارجاع داده‌شده از طرف مراجع قضایی یا خود معرف، منوط به نظر روان‌پزشک بیمارستان است و در ماده ۹ نیز ضرورت گزارش‌دادن در خصوص بستری بیماری که رضایت اولیای وی موجود نیست، ذکر شده است. همچنین در ماده ۱۱، قید شده است که ادامه بستری فرد مبتلا به اختلال روانی بیش از دو ماه در بیمارستان، باید با کسب نظر مرجع قضایی و تأیید پزشکی قانونی صورت پذیرد. ماده ۱۷ این آیین‌نامه در خصوص ترخیص بیماران بی‌خانمان از بیمارستان می‌باشد که باید به مراجع قضایی معرفی شوند. همان‌گونه که گفته شد، در ماده ۲۲ این آیین‌نامه به جای ایجاد سازوکار لازم جهت حفظ کرامت انسانی این بیماران، به حضور همزمان نیروی انتظامی همراه اورژانس اجتماعی اشاره شده است. در ماده ۲۳ آن، اگرچه اعزام نیروهای کمکی بهزیستی به محل را مد نظر قرار داده است، اما از آنجا که این نیروها بدون مجوز اقدامی انجام نمی‌دهند، اعزام آن‌ها به محل نیز مفید نخواهد بود. ماده‌های ۲۴ تا ۳۱ نیز مربوط به شکایات این بیماران است که در همه موارد با مراجع قانونی سروکار دارند و ماده ۳۵ در خصوص تحقیر و توهین به مبتلایان اختلال روانی است و این در حالی است که سازوکارهای انتقال بیمار به بیمارستان در همین آیین‌نامه، خود یکی از روش‌هایی است که فرد بیمار یا خانواده او را دست‌آویز تمسخر و یا برچسب خوردن می‌کند.

در وضعیت فعلی، فارغ از دستورالعمل‌های پزشکی و روان‌پزشکی، مقرراتی جامع که دربرگیرنده سازوکاری برای شناسایی، معرفی، هدایت، درمان مبتلایان به اختلال روانی و حافظ حقوق آن‌ها در برابر متولیان امر و تکالیفی که در قبال آن‌ها دارند و از طرفی تعیین‌کننده وضعیت مراجع قضایی در مواجهه با آن‌ها باشد، وجود ندارد و یا از جامعیت لازم برخوردار نیستند. واپسین اقدام قانونی در این‌باره، تنظیم لایحه‌ای تحت عنوان لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد که نمود آخرین تحولات فکری و تقنینی قانونگذار است. در مقدمه توجیهی این لایحه مسائلی چون میزان افراد مبتلا به اختلالات روانی در جامعه، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی، خلأ قانونی در نحوه شناسایی مبتلایان، رعایت حقوق آن‌ها و قانونگذاری جامع برای حمایت از این قشر عنوان شده‌اند. تلاش این لایحه همچنانکه از عنوان آن برمی‌آید، حمایت از حقوق افراد دارای اختلال روانی است و توقع نیز آن است که قانونگذار با رویکردی تأمینی و حمایتی، در جهت حفظ منافع جامعه و حفظ حقوق و آزادی‌های فردی، با آنان برخورد کند (۹). وانگهی برحسب ماده ۵ «آیین‌نامه اجرایی نحوه نگهداری و درمان مجانین» (مصوب ۱۳۹۸ ش.) که در

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

اجرای تبصره ۱ ماده ۲۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری (مصوب ۱۳۹۲ ش.) ابلاغ شد، اعزام مجانین حسب مورد به مرکز نگهداری و توان‌بخشی یا مرکز درمان و مراقبت، در اجرای دستور دادستان، به عهده ضابطان دادگستری است. ضابطان دادگستری مکلفند مراتب تحویل آنان به مراکز مذکور را با تنظیم صورت‌مجلس برای درج در سابقه قضایی وی به مرجع قضایی رسیدگی‌کننده منعکس و نسخه‌ای از آن را به دادستان ارائه کنند. طبق ماده۹ آیین‌نامه مزبور نیز استنکاف از اجرای دستور دادستان در مورد نگهداری، مراقبت و درمان مجانین مشمول مقررات ماده ۵۷۶ قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم تعزیرات) می‌باشد. ماده ۵۷۶ قانون مزبور مقرر نموده است «چنانچه هر یک از صاحب منصبان و مستخدمین و مامورین دولتی و شهرداری‌ها در هر رتبه و مقامی که باشند، از مقام خود سوءاستفاده نموده و از اجرای اوامر کتبی دولتی یا اجرای قوانین مملکتی و یا اجرای احکام یا اوامر مقامات قضایی یا هرگونه امری که از طرف مقامات قانونی صادر شده باشد، جلوگیری نماید به انفصال از خدمات دولتی از یک تا پنج سال محکوم خواهد شد.» با بررسی مواد مذکور از قوانین و مقررات پیش‌گفته، تکلیف انتقال بیماران روانی خطرناک به مراکز مراقبتی، بر عهده مأموران ناجا است و محول‌کردن این وظفه توسط برخی از ایشان به پرسنل اورژانس اجتماعی، تخلف و حتی جرمِ مصداق ماده ۵۷۶ قانون مجازات اسلامی است؛ افزون بر اینکه مخاطراتی را برای سلامتی و امنیت جانی پرسنل اورژانس اجتماعی ایجاد می‌کند، البته این وظیفه را مأموران ناجا بهتر است در صورت امکان، در حضور پرسنل اورژانس اجتماعی انجام دهند تا از رفتار خشن آسیب‌زا توسط پلیس علیه بیمار روانی یا برعکس، پیشگیری شود. با توجه به اینکه بند ۱ ماده ۷ «دستورالعمل شرایط و ضوابط عمومی مراکز توان‌بخشی معلولین، مراکز حرفه‌آموزی معلولین، مراکز توان‌بخشی و نگهداری سالمندان و مراکز توان‌بخشی و درمانی بیماران روانی مزمن» (مصوب ۱۳۹۶ سازمان بهزیستی) توان‌بخشی روانی اجتماعی را به مجموعه اقداماتی تعریف نموده که در جهت سازگاری، بازگشت به جامعه و کاهش بحران‌های عصبی روانی عارض‌شده از معلولیت در فرد مبتلا و خانواده او انجام می‌پذیرد، لذا طراحی شیوه‌نامه رفتاری دقیقی جهت نحوه رفتار با بیمار روانیِ خطرناک توسط مأمور ناجا و مأمور اورژانس اجتماعی، مورد نیاز است تا ملاحظات جرم‌شناسی بالینی در بستر یک سیاست جناییِ سنجیده در این زمینه به منظور پیشگیری از وقوع خشونت میان هر یک از دو مأمور مزبور، بیمار روانی، خانواده و اطرافیان تنظیم شود.

بی‌توجه به خشونت محتمل ارتکابی توسط بیمار روانی، مشابه بی‌توجهی به خشونت مأمور اورژانس اجتماعی و مأمور ناجا به بیمار روانی است. هم‌آیندی اقتدارگرایی در دو قلمرو کیفری و پزشکی، بحران‌های پی‌آیند این دو را تشدید می‌کند. تحلیل سوءاستفاده متقابل امنیت‌گرایی کیفری و اقتدارگرایی پزشکی از یکدیگر، تبیین می‌کند که مبانی کنترل اجتماعی جرم که متأثر از ایدئولوژی‌های سیاسی غالب است بر راهبرد سیاستگذاری سلامت عمومی و ارائه پشتوانه حقوقی برای سیاست‌های سلامت و تعیین محدوده آزادی‌های فردی و قلمرو مداخلات حکومت تأثیر به سزایی دارد. اقتدارگرایی پزشکی در پی تدارک پشتوانه اقتدارگرایی حقوقی کیفری برای خود، موجب توسعه مداخلات کیفری و حقوقی‌زدگی دولت و توسل بی‌رویه از ابزار قهری با ادعای کنترل سلامت اجتماعی می‌شود (۱۰).

۲. کارکرد اورژانس اجتماعی در نحوه ارجاع مبتلایان به اختلالات روانی به مراکز مراقبتی و درمانی: از جمله مراکز خدمت‌رسانی در ایران سازمان بهزیستی کشور است که با ایجاد و راه‌اندازی اورژانس اجتماعی، یکی از مراکز پاسخگویی به مشکلات مردم و خدمت‌رسانی را تأسیس کرد و در سطح جهان بی‌نظیر است. این مرکز اگرچه خدمات بسیار ارزشمندی ارائه می‌دهد، اما می‌تواند گروه افراد مبتلا به اختلال روانی را نیز سامان بخشد و خانواده آنان را نیز از آرامش نسبی در شرایط بحران برخوردار سازد (۱۲). از آنجا که کرامت انسانی افراد از اهمیت خاصی برخوردار است، لازم است دستگاه‌های مختلف تلاش خود برای حفظ این اصل اساسی به کار گیرند. در خصوص افراد مبتلا به اختلال روانی، هم خود بیماران و هم

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

خانواده‌های آنان از کرامت انسانی برخوردار هستند و نباید روند اداری درمان آن‌ها به گونه‌ای باشد که آبروی آنان در جامعه خدشه‌دار شود (۱۳)، چراکه برای بسیاری از بیماران دوره عود بیماری، کوتاه‌مدت است و با سپری‌کردن دو هفته تا یک ماه در بیمارستان، نیازی به ادامه بستری ندارند. وقتی برای طی‌کردن روند اداری انتقال فرد مبتلا به اختلال روانی به بیمارستان، نیاز است ماشین نیروی انتظامی و آمبولانس همزمان با هم درب منزل بیمار حاضر شوند، برچسبی که به بیمار و حتی خانواده او می‌خورد، به راحتی قابل جبران نیست و اصولاً این بیماران پس از ترخیص از بیمارستان، منزوی می‌شوند و ممکن است به بیماری‌های دیگری نظیر افسردگی، جامعه گریزی و... نیز مبتلا شوند. خانواده این افراد نیز از آسیب‌های روانی نظیر برچسب‌خوردن، مورد تمسخر یا دلسوزی واقع‌شدن رنج می‌برند، لذا جهت جلوگیری از آسیب‌های فراوان در این حوزه بهتر است حکم قضایی انتقال این بیماران به بیمارستان، در دست اورژانس اجتماعی و نماینده‌ای از قوه قضاییه یا نیروی انتظامی قرار داشته باشد تا خانواده بیمار، برای ارجاع بیمار به بیمارستان ناچار نباشد در شرایط بحرانی، یک و گاه چند روز معطل حکم قضایی شوند. اگر چنین امکانی از جانب قوه قضاییه وجود ندارد، حداقل می‌توان دریافت این حکم را به یکی دو روز بعد از انتقال فرد به بیمارستان و تحت مداوا قراردادن وی موکول کرد تا حفظ جان و امنیت روانی خانواده بیمار، تا حدی تأمین شود.

روند انتقال فرد مبتلا به اختلال روانی به بیمارستان، از طریق اقدام همزمان دستگاه قضایی، دستگاه انتظامی و اورژانس، چنین تصوری را ایجاد می‌کند که فرد مبتلا به اختلال روانی مجرم است (۱۴)، لذا لازم است تدابیر سیاست جنایی اتخاذ شود تا دید مجرمانه به افراد مبتلا به اختلال روانی از میان رود و با این بیماران نیز مانند سایر بیماران عادی رفتار شود. افراد مبتلا به اختلال روانی، از جمله اصلی‌ترین گروه‌هایی هستند که بهزیستی می‌بایست این افراد که اغلب از مددجویانش هستند را نیز تحت پوشش اورژانس‌های اجتماعی قرار دهد، اما چنین کاری نکرده است و ارجاع افراد مبتلا به اختلال روانی که در زمان عود بیماری معمولاً تمرد بالا دارند، می‌بایست علاوه بر تماس با اورژانس، همزمان نیروی انتظامی نیز در محل حاضر شوند و مهم‌تر از آن اینکه نیروی انتظامی نیز تنها با حکم قضایی، اقدام به ورود به منزل می‌کند. این امر خانواده‌های بیمار و بیمار را دچار فشار مضاعف در شرایط بحرانی می‌کند که چنانچه اورژانس اجتماعی با شیوه خاص وارد عمل شود، از میزان فشار روانی کاسته می‌شود. به این ترتیب کادر درمان آمبولانس‌های اورژانس اجتماعی که شامل مددکار و روان‌شناس برای دیگر گروه‌هاست، در مواجهه با افراد مبتلا به اختلال روانی بهترین کار این است که دو نفر از نیروهای حراست یا خدمات و یک نفر پلیس نیروی انتظامی با لباس شخصی و یک پرستار اضافه شوند و مراحل اقدامات درمان به جای اینکه از زمان تکمیل پرونده بیمار در بیمارستان باشد، از همان آغاز تماس خانواده این بیماران با بخش اورژانس در نظر گرفته شود، چراکه فرد مبتلا به اختلال روانی پس از اینکه در بیمارستان برایش پرونده تشکیل می‌شود، در هر صورت باید به بخش بیماران منتقل شود و در این حین ممکن است به خاطر مقاومت بالای بیمار، از تزریق آمپول و یا روش‌های خشن برای انتقال آنان استفاده شود. چنانچه تزریق آمپول از هنگام مراجعه گروه درمان به منزل بیمار و دادن گزارش تلفنی پرستار به روان‌پزشک مرکز اتخاذ شود، بیمار به صورت موقت کنترل و به بیمارستان منقل می‌شود و در آنجا پرونده‌اش تکمیل شده و بستری موقت یا دائم می‌شود.

لازم است روند اداری انتقال این بیماران به مراکز درمانی بسیار تسهیل شود، زیرا هر ساعت در زندگی این بیماران حیاتی است. از جمله اقداماتی که می‌تواند در این خصوص انجام شود، این است که وقتی خانواده‌ای دستور پزشکی برای بستری‌شدن بیمار دارد، دیگر نیازی به مراجعه خانواده بیمار به مراجع قضایی نباشد و یا روند قضایی به بعد از بستری بیمار منتقل شود تا در شرایط سخت، نیاز به رفتن نزد دادستان و قاضی و گرفتن حکم نباشد.

بوروکراسی اداریِ نفَس‌گیری که برای انتقال افراد مبتلا به اختلال روانی به بیمارستان وجود دارد، موجب شده است که افراد سودجو با ایجاد فشار مالی بالا به خانواده‌های بیمار، روند

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

انتقال بیماران به بیمارستان را تسهیل کنند. این افراد معمولاً از کادر درمان مراکز درمانی اعصاب و روان هستند که با گرفتن هزینه بالا، دو نفر را به منزل بیماران می‌فرستند و این افراد با زدن آمپول، بیمار را به مرکز درمانی منتقل می‌کنند. حال آنکه مراکز اورژانس درمان افراد مبتلا به اختلال روانی اگر به صورت خودسر به بیمار آمپول آرام‌بخش تزریق کنند، آن بیماران را بستری نمی‌کنند، زیرا قائل به این هستند که بیمار باید با شرایط طبیعی مورد بررسی پزشکی و درمان قرار گیرد.

آموزش کادر درمان در حوزه اورژانس اجتماعی در خصوص افراد مبتلا به اختلال روانی بسیار ضروری است. در برخی موارد کادر درمان بیمارستان‌های اعصاب و روان، کرامت انسانی بیماران و حتی در موارد بسیاری خانواده بیماران را رعایت نمی‌کنند و به گمان اینکه بیماران دوره‌ای که در بیمارستان حضور دارند، حافظه‌شان مختل است، با آنان برخورد می‌کنند. حال آنکه فرد مبتلا به اختلال روانی در شرایط عود بیماری نیز حافظه‌اش مثل سابق است و وقتی برخوردهای دون شأن را از جانب کادر درمان و کارکنان بیمارستان ملاحظه می‌کنند، به جهت خاطرات ناراحت‌کننده و برخوردهای ناشایست، دیگر حاضر نیستند که به بیمارستان منتقل شوند و در این زمینه خانواده‌های این بیماران به شدت دچار مشکل می‌شوند، چراکه کنترل بیماری که از حالت عادی خارج شده است، بسیار دشوار می‌باشد و ممکن است هر لحظه به خود و یا دیگران آسیب برسانند.

نتیجه‌گیری

رشد روزافزون فناوری، آسیب‌هایی را نیز با خود همراه ساخته است. فرد مبتلا به اختلال روانی، یک مجرمِ دارای سوءنیت کامل و شرورانه نیست که مانند مجرم نیاز به گرفتن حکم جلب برای او باشند، حتی در زمانی که این بیماران به خاطر عود بیماری، خانواده و اطرافیانشان را اذیت و آزار می‌دهند و یا آسیب می‌رسانند، باز هم باید به‌مانند بیمار با آن‌ها برخورد شود، چراکه این بیماران پس از اینکه بهبودی نسبی پیدا می‌کنند، خاطرات گذاشته را به یاد می‌آورند و نحوه برخوردهای خشن و مجرمانه موجب آزارشان می‌شود و اعتماد به نفسشان را بیش از پیش از دست می‌دهند. بنابراین ایجاد سازوکارهای متناسب با این بیماران و خانواده‌های آنان می‌تواند کمک زیادی در جهت ایجاد آرامش برای افراد مبتلا به اختلال روانی، خانواده بیماران و همسایگان و اطرافیان آنان به ارمغان آورد و در عین حال کم‌کردن بوروکراتیک اداری، این امکان را برای قوه قضاییه فراهم می‌آورد که به جای پرداختن به مسائل این بیماران، نیرو و توان خود را صرف مسئولیت‌های دیگر این قوه نماید و در نهایت دست کادر درمان اورژانس اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور را برای تصمیم‌گیری در خصوص نحوه مواجهه با این بیماران باز گذارد.

از جمله مواردی که به عنوان پیشنهاد قابل طرح است، در کنار آموزش کادر مجرب درمان در گروه اورژانس اجتماعی، آموزش افراد مبتلا به اختلال روانی و رفتاردرمانی و روان‌درمانی آنان، در طول دوران بستری بسیار حائز اهمیت است. مراکز اعصاب و روان علیرغم اینکه چنین برنامه‌هایی را تدارک دیده‌اند و برای همه بیماران این هزینه‌ها را موقع ترخیص محاسبه می‌کنند، ولی بیماران را برای حضور در آن کلاس‌ها تشویق نمی‌کنند. به همین دلیل بیماران نیز در اغلب موارد، استقبالی از این آموزش‌ها نمی‌کنند.

آموزش خانواده‌های بیماران در طول مدتی که بیمارانشان در بیمارستان بستری هستند، بسیار مهم است، چراکه شاید تنها فرصتی که خانواده‌ها برای دیدار از بیمارانشان می‌آیند، زمانی است که بیمارشان در بیمارستان بستری است، لذا می‌بایست تدابیری اتخاذ کنند که حداقل دو الی سه جلسه این خانواده‌ها در جلسات خانواده‌درمانی حضور پیدا کنند و آموزش‌های در خصوص نحوه برخورد خانواده و اطرافیان بیمار، به آن‌ها داده شود، چراکه خانواده در شدت‌گرفتن بیماری بسیار سهیم هستند. نحوه برخورد با بیمار، مراقبت نسبت به زمان خوردن دارو، کارهایی که در زمان عود بیماری با بیماران باید انجام دهند و...، از جمله موارد اصلی است که باید خانواده‌ها در نظر بگیرند.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

مشارکت نویسندگان

مهدی خاقانی اصفهانی: طراحی ایده، تجزیه و تحلیل داده‌ها، مرور و اصلاح متن.

ریحانه باطنی: نگارش اولیه بخشی از متن.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از جناب آقای دکتر محمود عباسی رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به واسطه راهنمایی نویسندگان در مورد حقوق بیماران روانی اعلام می‌دارند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

References

1. Mousavi Chalak S. Social emergency and its role on prevention of crimes. Journal of Crime Prevention Studies. 2010; 5(14): 37-54. [Persian]

2. Protais C. Psychiatric care or social defense? The Origins of A Controversy Over the Responsibility of the Mentally Ill in French Forensic Psychiatry. Int J Law Psychiatry. 2014; 37(1): 14-27.

3. Varastefar A, Hasheidaran H, Rafiee N. A Survey on Reasons Social Crimes Caused in Women and Girls Who Were Visiting the Social Emergency Centers in Shahr-Kord. Social Research Quarterly. 2011; 4(10): 35-62. [Persian]

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text Revision (Dsm-5-Tr™). Online. Amer Psychiatric Pub Inc; 2023.

5. Ahmadi A. Introduction to Counseling and Psychotherapy. Isfahan: Isfahan University Press, 2020. [Persian]

6. Schultz SA, Schultz D. A History of Modern Psychology. Translated by Saif AA, Sharifi HP, Aliabadi KH, Najafi Zand J. Tehran: Doran Publications; 2015. p.89. [Persian]

7. Sadock PJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

8. Heydari M. Public Health Law. Tehran: Mizan Publications; 2021. p.29. [Persian]

9. Jafari F, Saheb Bayati S. Legislator's criminal thought regarding patients with mental disorders on the new Bill of the protection of the rights of people with mental disorders. Journal of Criminal Law and Criminology. 2023; Articles in Press. [Persian]

10. Khaghani Esfahani M. Critics on the Co-Emergence of Medical Authoritarianism and Criminal Securityism in Health Policy-Making. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e32. [Persian]

11. Babaei Nadiluei K, Osuli B, Ebadi Z, Sattari Sefidan Jadid K. Suicidal Thoughts and Behaviors among Women Victims of Domestic Violence Referred to Social Emergency: Emphasis on the Role of Childhood Traumas. Iran J Forensic Med. 2020; 25(4): 1-8. [Persian]

12. Bagrezaei P, Zanjani H, Seifollahi S. The Qualitative Study of Domestic Violence against Women (Case Study: Women Referring to the Social Emergency Services in Ilam City). Journal of Iranian Social Studies, 2017; 11(3): 5-32. [Persian]

13. Tabrizi JS, Asl-Rahimi V, Iezadi SH, Gholipour K, Azizzadeh M. Assessing the Performance of Social Emergency Referral System (SERS) in Tabriz. Depiction of Health. 2019; 10(3): 169-179. [Persian]

14. Roustaie M, Abdollahzadeh Rafi M. The differential criminal policy in victim's mental disorder in comparison with offenders; necessity and challenges. Medical Law Journal. 2021; 15(56): e51. [Persian]

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.